

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940
—

THÈSE

N° —

571

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Auguste DURANCE

Né le 2 Août 1911, à St-ÉTIENNE-DE-MONTLUC (Loire-Inférieure)

Diagnostic et traitement
de l'adénomatose utérine

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Auguste DURANCE

Né le 2 Août 1911, à St-ÉTIENNE-DE-MONTLUC (Loire-Inférieure)

Diagnostic et traitement
de l'adénomatose utérine

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1940

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale.	Léon BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie.	OLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIKAI.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale.	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N.
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique.	
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie.	
Assistance médico-sociale.	
Professeurs sans chaire.	



II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BERNARD Et.. Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BESANCON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER Chimie.	FUNK-
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.
CACHERA Pathologie médicale.	M ^{lle} GAUTHIER-
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique.
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
COUVELAIRE (R.) Urologie.	DE GENNES Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LENEGRE Pathologie médicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT.
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHFT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

MM.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU.
 I EMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 BRULE
 CATHALA
 HABROL
 CHEVALLIER..
 DONZELOT
 DUVOIR
 GASTINEL
 HUGUENIN ..
 LAROCHE (G.).
 LIAN
 MOREAU
 IEDELIEVRE..
 SEZARY

} Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELIER
 DE GAUDART-
 D'ALLAINES.
 LEVEUF
 MOULONGUET.
 MOURE
 QUELU
 ECALLE
 METZGER
 PORTES
 VIGNES

} Clinique chirurgicale

} Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MON PERE ET A MA MERE

A MA SŒUR

A MES FRERES

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.
Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRETECHE

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et guidé de ses précieux
conseils.

En témoignage de notre profonde
gratitude.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VERAN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREUL.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT BUREAU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GIROIRE.
MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEROUX.
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGER.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
BALLET, PERRIN, BIANCHI, PIERRE RIOU,
JEAN-URBAIN MONNIER, CHARBONNEL

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ADÉNOMATOSE UTÉRINE

INTRODUCTION ET GENERALITES

L'hystérographie, devenue d'une pratique courante depuis les travaux de Béchère, en 1925, a permis de préciser des lésions mal connues auparavant.

Ainsi, le syndrome clinique dénommé autrefois : « utérus fibromateux », a été démembré depuis que les injections intra-utérines de lipiodol ont révélé des images caractéristiques aux fines dentelures, décrites par BÉCHÈRE. Les travaux récents des histopathologistes ont montré que l'*adénomatose utérine* est constituée essentiellement, non par l'hypertrophie du myomètre, mais par l'*hypertrophie glandulaire* de l'*endomètre*, dont le premier stade est l'*hyperplasie muqueuse* de LECÈNE.

La forme généralisée constitue l'*adénomatose diffuse* ; lorsque l'affection se localise pour former, toujours aux dépens de la muqueuse, une tumeur sessile ou pédiculée, on a l'*adénome* ; et l'adénome pédiculé, c'est le vulgaire *polype muqueux*.

Les progrès de l'endocrinologie ont commencé à

éclairer la pathogénie très complexe de l'adénomatose utérine.

Les anciens chirurgiens, Battey, Lawson Tait, Hégar, soupçonnaient l'origine ovarienne de certaines métrorragies préménopausiques. Forgue et Massabuau, en 1912, reprirent cette théorie. C'est surtout SCHRÖDER qui, en 1915, étudia cette question et signala l'absence de corps jaune dans ces « métropathies hémorragiques ». Après les travaux d'Ance! et Bouin, il en rapprocha l'aspect hyperplasié de la muqueuse utérine. Il préconisa la ménopause anticipée par roentgenthérapie.

Puis Allen et Doisy, Courrier, révélèrent l'action de la folliculine.

Moulonguet et Cotte, en France, Novak et Martzloff, King, Burch en Amérique, multiplièrent les travaux sur les hémorragies fonctionnelles et l'hyperplasie de la muqueuse utérine.

En 1931, Zondeck, constatant le taux anormal de folliculine dans le sang des malades, prouve l'origine ovarienne de ces hémorragies fonctionnelles.

Les théories pathogéniques ont donné lieu à des essais thérapeutiques, dont certains ont déjà à leur actif des résultats intéressants, que l'avenir devra confirmer.

En tout cas, la connaissance de l'adénomatose utérine, grâce au radiodiagnostic et au curettage biopsique, a permis de trouver la cause d'un grand nombre de métrorragies préménopausiques, d'en affirmer le pronostic bénin et de leur opposer un traitement rationnel.

Le traitement médical, la diathermie, le curettage et la radiothérapie éviteront, dans la plupart des cas, l'hystérectomie.

Ainsi, avons-nous été amené, grâce à la complaisance du Docteur Bretéché, dont nous avons pu suivre de nombreuses malades, à apprécier l'utilité du radio-diagnostic gynécologique, et à choisir pour sujet de notre thèse l'adénomatose utérine, dont le Docteur Bretéché a bien voulu nous communiquer ces observations inédites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — *Adénome sessile.*

Mme C..., âgée de 46 ans, présente, depuis 18 mois, des métrorragies irrégulières, mais abondantes, alternant avec des périodes d'aménorrhée ne dépassant pas six semaines ; devant l'insuccès de la thérapeutique médicale, le docteur Poisbeau nous l'adresse le 18 juillet 1938.

Le toucher ni le spéculum ne révèlent rien d'anormal, mais la *radiographie* utérine présente un joli feston, dont chaque demi-cercle correspond à un *adénome sessile*.

Le *curettage* a ramené de partout des formations muqueuses et le Docteur Castagnary a diagnostiqué : « métrite hyperplasique avec inflammation du chorion interglandulaire et nombreux foyers hémorragiques ; pas de néo ».

Et le traitement a été aussitôt complété par une application de *radium*, 2 tubes de 26 mmgr., détruisant en 3 jours 30 millicuries. Les suites ont été parfaites.

OBSERVATION 2. — Avril 1939. — *Adénome utérin.*

Mme R..., âgée de 35 ans, commerçante, vient consulter pour stérilité depuis douze ans.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle avait fait à 19 ans une fausse couche. Les règles sont douloureuses, précédées

de nausées pendant huit jours ; très abondantes, avec des caillots, elles obligent la malade à garder le lit pendant quatre à cinq jours.

Ces derniers mois, les douleurs sont devenues beaucoup plus pénibles.

Le toucher et l'examen au speculum décèlent une métrite cervicale suspecte, avec écoulement de glaires épaisses ; les ulcérations saignant au contact, ne prennent pas le Lugol.

L'hystéro-salpingographie montre :

L'image arrondie d'un adénome de la corne gauche (vérifié par la biopsie) ;

Une obturation de la trompe gauche ;

Une trompe droite normale.

Traitement : Curettage et diathermo-coagulation du col.

OBSERVATION 3. — Avril 1940. — *Adénomes utérins et rétroflexion.*

Mme S..., âgée de 32 ans, réglée à 13 ans, ayant un fils de 10 ans, vient consulter pour des ménorragies.

Les règles restent régulières, indolores, mais très abondantes, avec des caillots.

De plus, il existe des pertes jaunes.

Le speculum montre un gros col, un peu ulcéré, d'où s'écoulent d'abondantes glaires translucides.

Au toucher vaginal : douleur dans le cul-de-sac de Douglas, comblé par une grosse masse (le corps utérin) ; col très déjeté à gauche ; étroitesse de l'orifice interne du col.

Le lipiodo-diagnostic nécessite une pression supérieure à 30 cm.

La radiographie révèle deux masses arrondies déformant la corne droite et une rétro-flexion très accusée.

Traitement : Frénovex. Curettage. Biopsie.

Il s'agissait de deux adénomes de la corne droite.

OBSERVATION 4. — *Polype muqueux.*

Mme P..., 32 ans, mère de quatre enfants, consulte le 7 mai 1938. Depuis trois ans et demi, elle souffre d'un syndrome intermenstruel constitué par des pertes tantôt roussâtres ou café au lait, tantôt glairo-sanguinolentes, contenant des filaments et des peaux multiples, durant plusieurs jours.

Les règles, précédées de congestion des seins, sont régulières, mais douloureuses, abondantes, trainant huit jours.

Le syndrome d'hyperfolliculinie est évident et l'état général est très atteint par l'énervement perpétuel.

Le *toucher* ne montre qu'un utérus augmenté de volume, mais de consistance normale et très mobile. Le *speculum* découvre un col absolument normal, malgré les « cautérisations » qu'un gynécologue, vu depuis trois ans, a pratiquées tout récemment encore.

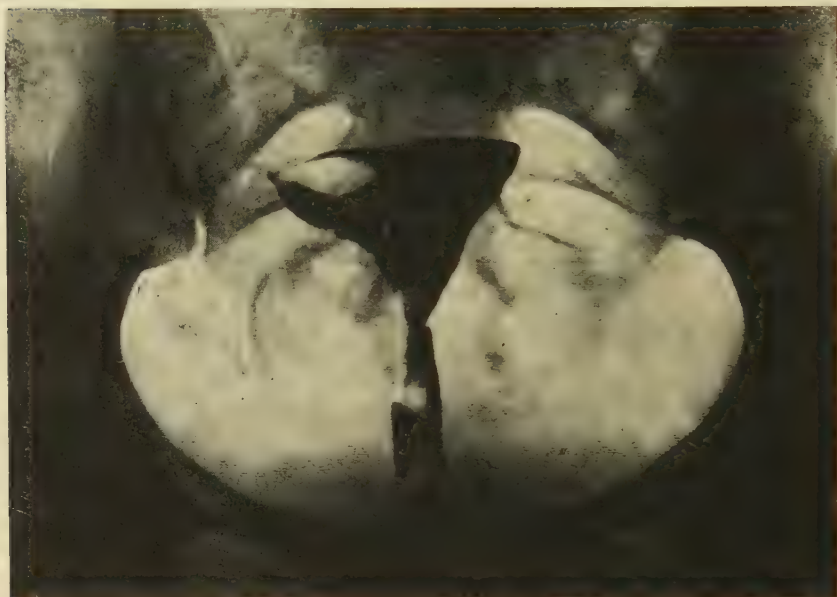
Sur la *radiographie*, la cavité utérine apparaît agrandie, festonnée sur son bord droit, et surtout l'image lacunaire du fond fait penser à un fibrome ou à un adénome, à moitié pédiculé. Les deux trompes sont obturées à la corne, presque sûrement du fait de la prolifération muqueuse.

Le *curettage* ramène facilement de partout une muqueuse hypertrophiée et de la corne droite un *polype muqueux*.

Le Docteur Castagnary rapporte ainsi son examen histologique : « Métrite hypertrophique avec *hyperplasie*

glandulaire considérable. Pas de néoplasie ».

Depuis le curettage et la médication appropriée, cette ancienne malade s'est toujours bien portée.



OBSERVATION 5. — *Polype muqueux.*

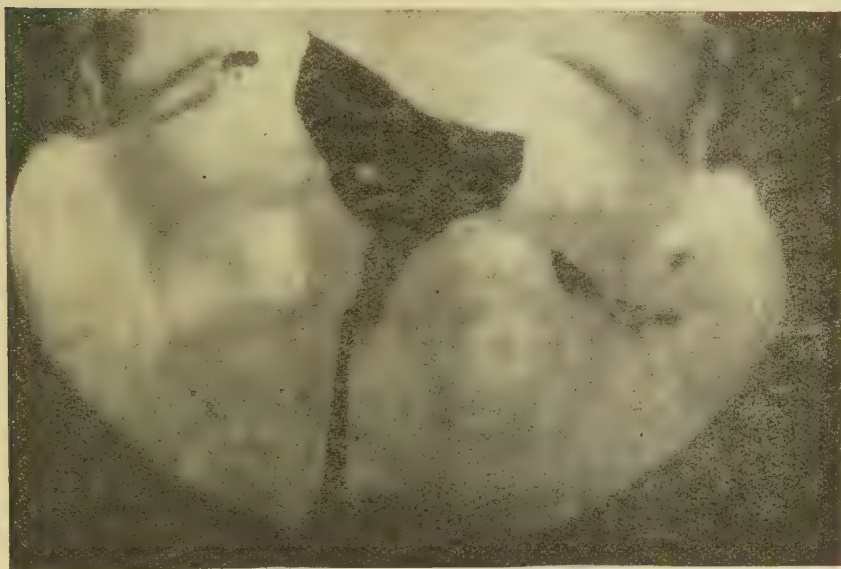
Mme R..., âgée de 45 ans et mère de quatre enfants, est adressée par le Docteur Tétou, pour des métrorragies irrégulières, abondantes.

L'utérus est assez gros, mobile, plus ou moins dur, et le col est aussi normal au toucher qu'au speculum.

L'injection de *lipiodol* sous faible pression remplit une cavité utérine très agrandie, festonnée sur ses deux bords ; au centre, une lacune apparaît, d'abord assez grande, puis progressivement diminuée au fur et à me-

sure que le lipiodol l'entoure. Les trompes s'injectent normalement, très contractiles dans leurs portions interstitielles et isthmiques.

Le diagnostic d'*adénomatose pré-ménopausique* s'impose, et la *roëntgentherapie* pourrait suffire, mais le polype central nous incite à pratiquer préalablement un curettage qui permet la vérification biopsique. Au cours des suites opératoires très simples, la malade a reçu 5.400 r. sur deux champs sus-pubiens.



OBSERVATION 6. — *Polype muqueux.*

Mme G..., âgée de 36 ans, est adressée à la consultation par le Docteur Gouraud, pour des métrorragies d'une abondance telle, que la malade reste confinée au lit.

On trouve au toucher, combiné au palper, un gros

utérus scléreux du volume du poing, mobile. Les culs-de-sac sont souples, le col est normal.

Les pertes sanglantes étant trop abondantes pour permettre l'hystérogaphie, on les arrête par deux séances préalables de radiothérapie pénétrante, une sur chaque ovaire, distribuant au total 1.200 r. internationaux.

Une *radiographie après injection lipiodolée* montre :

1° Un *polype* central, volumineux et irrégulier ;



2° Une cavité utérine très agrandie ;

3° Une obturation tubaire bilatérale :

à la corne, à gauche ;

au pavillon, à droite.

Le curettage permet l'ablation d'un *polype muqueux* (vérifié par un examen histologique).

Il est suivi de *radiothérapie*.

On conseille, chez cette femme encore jeune, d'em-

ployer seulement une *demi-dose de castration*, pour diminuer l'activité ovarienne, en attendant la ménopause.

OBSERVATION 7. — *Adénomatose diffuse.*

Mme L., de Bourneuf-en-Retz, nous est adressée par le Docteur O'Neill ; âgée de 40 ans, elle saigne très abondamment et presque quotidiennement depuis un an.



L'utérus est dur et volumineux, rétroversé, mais mobilisable et réductible.

La *radiographie*, après passage facile du lipiodol dans les deux trompes, révèle ce *contour dentelé caractéristique* d'une cavité utérine agrandie. Il s'agit de l'hyperplasie glandulaire de l'endomètre, ou *adénomatose dif-*

fuse, ce que l'on appelait à tort jusqu'à ces dernières années l'utérus fibromateux.

La castration radiothérapique suffira.

OBSERVATION 8. — *Adénomatose diffuse.*

Mme B..., 45 ans, se plaint de métrorragies abondantes, depuis dix-huit mois.

Au toucher et au spéculum : rien à signaler.

L'hystéro-salpingographie :

1° En demi-évacuation, montre :

a) l'aspect bourgeonnant de la muqueuse dont les plis gardent le lipiodol ;

b) le contour dentelé de l'utérus ;

c) la perméabilité tubaire bilatérale jusqu'au pavillon.

2° Quarante-huit heures après :

Une diffusion assez homogène.

Conclusion : Adénomatose diffuse pré-ménopausique.

Traitement : Radiothérapie castrante.

OBSERVATION 9. — *Adénomatose diffuse.*

Mme C..., 23 ans, se présente à la consultation le 28 décembre 1938, exsangue et asthénique, *portée* par son mari. Elle perd à peu près chaque jour depuis juillet et s'est alitée presque entièrement depuis quinze jours.

Le spéculum et le toucher ne révélant aucune anomalie, l'étiologie purement endocrinienne des métrorragies est probable et j'institue immédiatement un traitement diathermique, à la fois hypophysaire et mammaire. En deux séances, l'hémostase est obtenue et l'état général se relève ensuite très rapidement.

Le 18 janvier, cette jeune femme, mariée depuis six ans et sans enfant, malgré son désir, consulte pour *sté-*

rité. Nous sommes alors au onzième jour du cycle menstruel rétabli, et le col contient des glaires translucides abondantes avec des spermatozoïdes mobiles et bien formés, et quelques cellules épithéliales pavimenteuses. Il n'y a donc, de ce côté, aucune anomalie et quelques jours plus tard, le 23 janvier, je pratique une *hystéro-salpingographie*.



L'injection lipiodolée est facile sous faible pression. La trompe droite est parfaitement perméable et le liquide diffuse immédiatement. Mais la trompe gauche est obturée par un *adénome utérin* sessile assez volumineux, occupant toute la corne gauche. De plus, le bord droit de l'utérus présente des dentelures caractéristiques de l'*adénomatose diffuse*.

Le *curettage*, pratiqué le 25 janvier, avec l'aide du Docteur Guillon, vérifie entièrement le diagnostic, tant au bord droit de l'utérus que dans la corne gauche.

OBSERVATION 10. — 18 juillet 1938. — *Adénomatose diffuse*.

Mme C..., 46 ans, est envoyée par le Docteur Poisbeau, parce qu'elle présente depuis dix-huit mois des métroménorragies, avec phases d'aménorrhée et sans bouffées



de chaleur, rebelles à toutes les tentatives de la thérapeutique médicale.

Au toucher et au spéculum : rien à signaler.

L'*examen radiologique*, après injection intra-utérine

de lipiodol, montre un utérus en T, contractile, avec des bords latéraux très festonnés.

Il s'agit donc de métrorragies fonctionnelles pré-ménopausiques, relevant d'une *adénomatose diffuse*.

Le curettage donne la sensation de fibromes sous-muqueux latéraux.

La *biopsie* ne décèle pas d'images néoplasiques.

1) Col utérin : épithélium de revêtement normal avec chorion très fibreux et de rares glandes ;

2) Muqueuse utérine : *métrite hyperplasique* avec inflammation du chorion interglandulaire et nombreux foyers hémorragiques.

Traitement : Radium *intra-utérin*, 30 millicuries détruites (posé lors du curettage biopsique).

OBSERVATION 11. — 3 novembre 1939. — *Adénomatose diffuse*.

Mme H..., 40 ans, est envoyée par le Docteur Moisan pour métrorragies profuses.

Elle a été curettée en vain le 23 août 1939.

L'examen clinique ne révèle aucune anomalie.

L'*hystérographie* montre une image lacunaire irrégulière à droite.

Le curettage biopsique indique une *hyperplasie glandulaire* sans formations néoplasiques.

Traitement : Radiothérapie, 3.200 r. sur deux champs.

OBSERVATION 12. — Décembre 1939. — *Adénomatose diffuse*.

Mme K..., âgée de 30 ans, ayant subi il y a cinq ans un curettage *post abortum*, vient consulter pour des métrorragies abondantes, alternant depuis deux ans avec des périodes d'aménorrhée de trois mois.

Le Frénovex et l'Hormone gonadotrope sont restés sans résultat.

On fait le diagnostic de métrorragies hyperfolliculaires et on pratique quatre séances de diathermie hypophyso-mammaire.

Les pertes sont arrêtées au bout d'un mois.

On prescrit un traitement syncrine hypophyso-mammaire Choay.

Mais la malade revient en mars 1940, les pertes sanglantes ayant repris depuis février. L'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

L'*hystéro-salpingographie* décèle un dentelé du contour de la cavité utérine, relevant d'une *adénomatose diffuse* et la perméabilité des trompes.

Traitement : Hémi-castration radiothérapique.

Suites excellentes.

OBSERVATION 13. — *Salpingite et polype muqueux associés.*

Mme M..., 38 ans, est envoyée par le Docteur Guérin pour écoulement séro-sanguinolent fétide et règles douloureuses tous les 20 jours ; amaigrissement de 4 kgs en 6 mois.

Au toucher : petit utérus et culs-de-sac libres.

Au spéculum : polype du col.

Hystéro-salpingographie :

1° Inspection facile de l'utérus, où le polype se révèle par une tache claire, mais difficile et sous forte pression des trompes.

La trompe gauche est très sténosée en totalité.

2° Pas de diffusion appréciable.

Conclusion : Métro-salpingite hémorragique, avec polype muqueux secondaire.

Traitement : Curettage et ablation du polype.

OBSERVATION 14. — 13 mai 1938. — *Coexistence de polypes et d'un cancer du corps utérin.*

Mme C..., âgée de 56 ans, est envoyée par le Docteur Stéphan pour métrorragies post-ménopausiques continues depuis janvier 1938.

Au toucher, l'utérus est rétroversé, à peine augmenté de volume.

Examen radiologique : Sous forte pression, le lipiodol distend l'utérus, sans injecter les trompes. Cette obturation tubaire ne relève que de la déformation des cornes utérines par les *polypes* qui s'y insèrent ; elle n'est du reste que relative, puisqu'il est passé un peu de lipiodol dans les trompes.

En laissant évacuer, apparaissent des *déformations irrégulières multiples*, particulièrement vers le fond de l'organe.

Le diagnostic de *cancer du corps de l'utérus* est vérifié par un curettage biopsique.

Le traitement consiste en une application de tubes de *radium*.

OBSERVATION 15. — *Fibrome et hyperplasie muqueuse associés.*

Mme B..., 40 ans, vient consulter pour métrorragies rebelles.

Salpingite il y a quelques années.

Au spéculum : fibrome saignant au moindre contact, du volume d'une noisette, siégeant sur la lèvre antérieure du col.

Au toucher : utérus mobile, à peine augmenté de volume.

Hystéro-salpingographie :

1°. Col à cavité déformée par le fibrome ;

2° Utérus à demi-évacué, mais dont le pourtour reste parfaitement visible. Aucune image lacunaire, aucune déformation anormale ;

3° Oblitération tubaire bilatérale.

Conclusions : Métrorragies pré-ménopausiques, hypertrophie muqueuse et fibromateuse utérine.

Traitement : Radiothérapie : 6.000 r. en 3 champs.

OBSERVATION 16. — *Salpingite et adénomatose associées.*

Mme C..., âgée de 63 ans, se plaint de leucorrhée verte fétide et de douleurs pelviennes.

Au spéculum : col normal.

Au toucher bimanuel : utérus mobile, de volume normal, mais très douloureux à la mobilisation.

Injection de lipiodol :

1° Passage facile à droite, mais très difficile à gauche, par une trompe sténosée, rigide, sans contractions, avec une petite dilatation terminale.

La trompe droite est subnormale, dilatée dans sa portion moyenne. Le contour utérin festonné en dents de scie révèle l'*adénomatose diffuse*.

2° Après 48 heures : diffusion bilatérale normale.

Conclusion : Métro-salpingite bilatérale avec hyperplasie glandulaire curable par le traitement médical.

OBSERVATION 17. — 18 février 1938. — *Adénomatose diffuse et salpingite associées.*

Mme D..., 41 ans, envoyée par le Docteur Péquin pour métrorragies presque continues depuis trois mois, avec douleurs pelviennes gauches.

Au toucher : rétroversion d'un gros utérus.

Au spéculum : col normal.

La radiographie, après injection intra-utérine de li-

piodol, montre une image agrandie et déformée de l'utérus, mais sans aucune image lacunaire ; une trompe droite, normale et perméable (*lipiodol* en gouttes dans le péritoine, près de la sonde) ; une trompe gauche, soit obturée à la corne, soit cachée derrière l'image utérine.

On porte le diagnostic de métrorragies fonctionnelles pré-ménopausiques, liées à une *adénomatose utérine diffuse*.

Pour le traitement, on propose :

Soit une électrolyse intra-utérine, avec une chance de guérison sur deux ou trois ;

Soit l'application de *radium* (53 mmgr. de Ra.E. pendant 3 jours, soit 30 millicuries détruites), avec résultats certains.

C'est la solution adoptée : guérison définitive, malgré une grosse réaction pelvi-péritonéale ayant duré six semaines à deux mois, par suite d'un réveil de la salpingite gauche (trompe obturée).

OBSERVATION 18. — 15 décembre 1938. — *Adénomatose diffuse et salpingite associées.*

Mlle D..., 28 ans.

Antécédents : Opérée le 20 mai 1930 pour salpingite droite aiguë post-puerpérale.

Curettage *post abortum* en 1933.

Depuis août 1938, douleurs permanentes dans la région pelvienne.

Amaigrissement de 6 kgs. Vomissements.

Au toucher : rien à signaler.

Au spéculum : col normal.

Hystéro-salpingographie :

Les deux premiers clichés montrent :

1° Une adénomatose utérine diffuse (dentelures du contour utérin) ;

2° Une trompe gauche difficilement perméable et à peine injectée par le lipiodol sous pression. La trompe droite ne laisse passer que quelques gouttes de lipiodol.

On conclut à une sténose incomplète de la trompe gauche et complète de la trompe droite et à une péri-viscéríte.

Traitement : diathermie locale.

Très bons résultats pendant huit mois, puis reprise des troubles, entraînant, le 19 septembre 1939, une *hystérectomie subtotale*, qui montre :

1° une *adénomatose diffuse* considérable du corps et du canal cervical (à tel point qu'à la section du col, on croit d'abord tomber sur un placenta);

2° un pyosalpinx droit et une salpingite gauche, avec ovarite kystique gauche.

TABLEAU CLINIQUE

La symptomatologie de l'adénomatose utérine est assez pauvre et la plupart du temps, les malades viennent consulter pour des *métrorragies monosymptomatiques* plus ou moins abondantes (Obs. I, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII).

Rarement, il s'agit au début de simples ménorragies (Obs. III). Ces hémorragies, à la période pré-ménopausique, alternent avec des phases d'aménorrhée de deux ou de plusieurs mois (Obs. I, X, XII).

Les pertes sanglantes sont parfois d'une abondance telle que la malade est contrainte de garder le lit ; ces hémorragies profuses s'observent surtout en cas de polype, elles restent souvent indolores, mais peuvent être très *douloureuses*, même en l'absence d'affections surajoutées, telles qu'une déviation utérine, ou une infection génitale.

Lorsque les métrorragies intermenstruelles s'accompagnent de pertes roussâtres, glairo-sanguinolentes, avec expulsion douloureuse de lambeaux de muqueuse utérine (Obs. IV), c'est la *dysménorrhée membraneuse*, ancienne endométrite exfoliante, décrite par Lecène. Il est plus rare que la jeune femme, atteinte d'adénomatose utérine, vienne consulter pour *stérilité* (Obs. I).

Il arrive fréquemment que l'examen clinique général et l'examen gynécologique ne révèlent rien d'anormal. C'est alors l'hystéro-salpingographie qui permettra de porter le diagnostic d'adénomatose utérine, que viendront confirmer les résultats de l'examen histologique.

Au toucher combiné au palper, l'utérus, mobile, paraît d'habitude normal, ou à peine augmenté de volume ; l'épaisseur du myomètre, en effet, n'est point accrue, mais on observe parfois un agrandissement de la cavité utérine, dans le cas d'adénomes sessiles et surtout de polypes muqueux. L'hyperplasie glandulaire généralisée modifie moins les dimensions intra-utérines.

Dans l'adénomatose pure, à moins que celle-ci n'intéresse spécialement le col utérin, ce dernier a le plus souvent un aspect normal au spéculum.

Si l'examen gynécologique ne reste pas négatif, il s'agit souvent d'hyperplasie glandulaire associée à d'autres maladies de l'appareil génital, ou simplement à une rétro-flexion utérine (Obs. III).

Des ulcérations du col feront rechercher la simple métrite cervicale et surtout le néoplasme d'un diagnostic facile.

Le fibrome peut coexister avec l'adénome utérin (Obs. XV) dont il ne peut guère être différencié cliniquement, sans l'aide du lipiodol et surtout de la biopsie.

L'existence de polypes n'est pas incompatible avec le cancer végétant du corps de l'utérus (Obs. XIV).

Mais on rencontre plus souvent l'association de l'adénomatose utérine et de la salpingite qui se traduit par une leucorrhée fétide, des douleurs pelviennes, des poussées infectieuses, plus ou moins espacées et, au toucher, des culs-de-sac douloureux (Obs. XIII, XVI, XVII, XVIII).

En somme, la clinique nous apprend peu de choses sur l'adénomatose utérine. On peut même dire qu'*un examen gynécologique négatif plaide en faveur de ce diagnostic*, surtout chez une femme aux approches de la ménopause, bien réglée jusque-là et se plaignant de troubles fonctionnels qui font supposer une origine ovarienne aux métrorragies. Dans ces cas l'hystéro-salpingographie rend de grands services.

LA RADIOGRAPHIE APRÈS INJECTION INTRA-UTÉRINE DE LIPIODOL

A. — Historique

Dès 1912, les gynécologues firent des essais d'exploration utérine, après injection de substances opaques.

Dimier et Dartigues, en France, dans le service de Pozzi (1922-1926), puis Mocquot et Tussau ; en Amérique, Cary (1914), Rubin (1915-1920), Kennedy (1923), expérimentèrent diverses substances : collargol, argyrol, bromure de sodium, citrate de thorium, dont aucune ne donna satisfaction, les unes ayant entraîné des péritonites parfois mortelles, les autres ne présentant pas une opacité suffisante aux rayons X.

Le lipiodol de Lafay, huile d'œillette iodée à 40 %, préconisée par SICARD et FORESTIER en 1923, pour l'exploration radiologique du rachis et des bronches, fut utilisée en France par Saint-Portret (24 juin 1924) ; à Buenos-Ayres par CARLOS HEUSER (décembre 1924) et CORELLI (1925), qui y associèrent le pneumo-péritoine.

MOCQUOT publie, en 1925, de belles radiographies utérines et inspire la thèse d'Oumansky (1926) sur

« l'examen radiologique de l'utérus et des trompes ».

Avec Grégoire et d'Arbois, BÉCLÈRE montre l'importance de l'examen radiologique dans le diagnostic des tumeurs pelviennes et des métrorragies, ainsi que dans l'étude de la perméabilité tubaire (1925).

Il insiste sur la nécessité de la radioscopie, des images de face et de profil, simples et stéréoscopiques, du contrôle manométrique.

Dyroff, en Allemagne, vante le Contrastol, une huile bromée (1920).

Cotte s'attache plutôt à la salpingographie.

Citons encore les travaux de Douay (1927), qui inspire la thèse de Carbonnel sur l'hystéro-salpingographie (1935) ; les thèses de Vannier (1937) : Clinique et hystéroggraphie ; d'Aknin, inspirée par MM. J. Dalsace et Ledoux-Lebard, sur le diagnostic des métrorragies par l'hystéro-salpingographie (1937).

B. — Technique

L'hystéro-salpingographie se fait en milieu chirurgical sans anesthésie. Tout au plus, chez une malade pusillanime, fera-t-on une injection de morphine, ou mieux un suppositoire analgésique et antispasmodique.

Elle est placée en position gynécologique, directement sur la table radiologique.

L'injection de lipiodol se fait sous le contrôle radioscopique.

L'injection, sans pression, à col ouvert, recommandée par Yung et Shirmer, ou goutte à goutte, suivant

la méthode de Dyroff, donne des résultats inconstants

Aussi Béchère, avec la grande majorité des auteurs, préconise-t-il l'injection *sous pression*, à *col fermé*, sous le *contrôle manométrique*.

Celui-ci est indispensable : en même temps qu'il garantit la sécurité de la malade, il assure la régularité et la constance des examens et permet d'apprécier le degré de perméabilité tubaire.

On a recours à une instrumentation spéciale, variable selon qu'on adopte les appareils de Cotte, de Douay, de Ségué ou de Francillon-Lobre et Dalsace.

A l'hystéro-manomètre de Béchère, on peut adapter soit une sonde molle, en gomme, enfoncée jusqu'à l'isthme, qui permet de cathétériser tous les cols, soit une sonde métallique dans le cas du col normal.

Le temps délicat de l'examen radiologique est la parfaite obturation du col, réalisée à l'aide de pinces de Museux, si l'on se sert d'une sonde molle. Ce procédé un peu douloureux est le seul utilisable si la malade doit être transportée.

La sonde rigide, solidaire d'une pince porte-sonde, est munie d'un embout de caoutchouc, assez malléable pour assurer l'étanchéité d'un col normal. Ce procédé est indolore.

La progression de l'injection du lipiodol doit être suivie sur l'écran fluoroscopique, ce qui permet d'apprécier les aspects successifs du remplissage de la cavité utérine et de fixer par des clichés (plaque sur l'abdomen) les images intéressantes.

On mesure la quantité de lipiodol nécessaire au remplissage de l'utérus, variable selon les cas, en moyenne 5 à 20 cc., mais moindre dans un utérus atrésié : 3 cc. ou beaucoup plus grande, jusqu'à 50 cc. dans certains cas de fibrome.

La réplétion utérine se traduit chez la patiente par des douleurs plus ou moins intenses et des contractions surtout nettes au niveau des cornes utérines. Ces réactions sont atténuées par l'administration préalable d'antispasmodiques. On surveille au manomètre la pression qui doit être en moyenne de 10 à 20 cm. de mercure et ne jamais dépasser 30 cm.

Un examen radiologique patient et la prise de 2 ou 3 clichés en série permettront de distinguer les images lacunaires fixes, permanentes, des modifications transitoires du contour utérin dues aux contractions.

En utilisant une grille et en diaphragmant, on peut suivre la progression du lipiodol dans les trompes et son éjaculation dans le péritoine. Dans certains cas, on pourra prendre un cliché de profil ou de trois-quarts, pour éviter la superposition des ombres des articulations coxo-fémorales, ou prendre des *stéréo-radiographies* pour situer les lésions en profondeur.

Pour obtenir le contour extérieur de l'utérus, on a recours au pneumopéritoine ou plus simplement à la pose d'un fil de plomb sur la projection cutanée de la tumeur palpable.

Lorsque la perméabilité tubaire est douteuse, ou si on soupçonne un hydrosalpinx, on prend une radiographie de contrôle au bout de 24 à 48 heures.

C. — Contre-indications et accidents.

Si les précautions nécessaires sont prises, l'hystéro-salpingographie est absolument inoffensive.

Il va sans dire qu'un examen clinique et gynécologique méthodique, aura éliminé les contre-indications à l'exploration radiologique de l'appareil génital.

On s'abstient de pratiquer l'examen pendant la période menstruelle et dans les jours qui précèdent les règles.

La présomption de grossesse est une contre-indication formelle, bien qu'il existe plusieurs observations de grossesses menées à terme après injection intra-utérine de lipiodol.

L'utérus gravide reconnu grâce à l'œuf clair au centre d'une cavité agrandie, ou ordonne simplement le repos au lit et l'opium.

Si l'utérus ou les annexes sont le siège d'une infection, même latente, il faut renoncer au radio-diagnostic gynécologique, sous peine de poussées aiguës de salpingite ou de pelvi-péritonite.

Enfin, on évite de pratiquer l'injection en cas de métrorragies abondantes, de peur de pénétration intra-vasculaire. D'ailleurs, la présence de caillots intra-utérins est une cause d'erreur de diagnostic.

Les contre-indications de la méthode étant bien définies, les accidents se font de plus en plus rares.

Les péritonites mortelles sont imputables aux produits utilisés avant l'ère du lipiodol, et le risque d'une poussée de salpingite ou de pelvi-péritonite

aiguë sera évité si l'on s'abstient de faire une injection lipiodolée à toute femme infectée, aiguë ou subaiguë.

Sur 600 hystéro-salpingographies, Béclère ne relève que trois salpingites aiguës curables ; il s'agissait de femmes jeunes atteintes de salpingite kystique méconnue.

Les « kystes pelviens à lipiodol », cités par Lash, la « pachysalpingite « fraise » ou rétention prolongée du lipiodol dans les trompes », rapportées par Proust, Parat et Palmer, d'ailleurs sans gravité, sont des raretés.

L'injection accidentelle du lipiodol dans les veines utérines, signalée par Pujol et Brulle, Picard et Solal, Wong et Chien, Caraven, ne présentera pas de suites fâcheuses si l'exploration est faite sous contrôle radioscopique et manométrique. L'injection capillaire de la paroi utérine, l'injection descendante de la veine utérine et surtout l'injection verticale ascendante de la veine utéro-ovarienne, pathognomonique (Beclère), commandent d'arrêter immédiatement l'examen.

D. — Résultats de l'hystéro-salpingographie dans l'adénomatose utérine

L'hystéro-salpingographie présente un intérêt considérable dans les différentes formes de l'adénomatose utérine, auxquelles correspondent le plus souvent des images radiologiques typiques.

Parfois, les données de la clinique suffisent à les

interpréter. Dans les autres cas, la radiographie précisant le siège, les dimensions et les limites de la lésion intra-utérine, guide le curettage biopsique.

L'*adénome utérin* donnera une *image lacunaire*, à contours relativement réguliers, arrondie, ovale ou polycyclique.

Un *adénome sessile du fond* amputera l'ombre utérine, qui pourra rester régulière ou très peu déformée.

S'il siège au voisinage d'une corne utérine, l'adénome modifie beaucoup plus le contour de la cavité utérine.

Deux ou trois adénomes plus ou moins agminés peuvent ainsi empiéter sur l'ombre triangulaire normale de l'utérus.

L'adénome pédiculé ou *polype muqueux* se révèle également par une image lacunaire. La plage arrondie ou circulaire, souvent oblongue, tranche par sa grisaille sur le reste de l'image. Elle est reliée à la paroi par une bande claire plus ou moins étroite ou se présente comme une lacune centrale assez régulière, entièrement circonscrite par le lipiodol, ou bien tangente à un bord ou aux deux bords latéraux de l'utérus, qui prend un aspect globuleux, ventru. La cavité utérine perd sa forme normale de triangle isocèle aux côtés concaves. Les bords latéraux deviennent convexes. La région sus-isthmique se dilate en forme de coupe.

Un *polype intra-cervical* donne une image utérine très anormale. La cavité cervicale est très élargie, oc-

cupée au centre ou près d'un des deux bords par une grande image lacunaire assez régulière. Le tout est surmonté d'une ombre triangulaire qui est celle d'une cavité fundique normale ou légèrement diminuée de volume.

Dans tous les cas, le contour net et régulier de l'image lacunaire plaide en faveur d'une lésion bénigne, mais ne permet pas d'exclure la possibilité d'un fibrome sous-muqueux.

Mais rarement, il est vrai, l'adénome peut donner lieu à une image irrégulière, presque déchiquetée, correspondant aux lésions villeuses de la muqueuse. Cet aspect radiologique en impose toujours pour une néoplasie maligne ; l'erreur sera redressée par l'examen histologique après curettage biopsique ou hystérectomie.

Enfin, l'*adénomatose utérine diffuse* offre des images caractéristiques, suffisant avec le contexte clinique à faire porter le diagnostic de métrorragies fonctionnelles pré-ménopausiques. Le contour utérin tout entier festonné, polycyclique, avec une cavité normale, ou à peine agrandie, fera conclure à la présence de multiples petits adénomes de la grosseur d'une noisette ou d'un pois.

Souvent, l'hystéro-salpingographie ne montre qu'une cavité utérine de dimensions normales, symétrique, de teinte uniforme, mais *finement dentelée*, avec des bords tailladés d'incisures étroites. Cette image frangée, serratique, est caractéristique de l'hyperplasie glandulaire de la muqueuse.

Dans certaines hyperplasies très accusées, formant de grandes franges muqueuses, les bords sont irréguliers, inégaux, déchiquetés, presque lacunaires et il faut recourir à l'examen histologique des fragments ramenés par la curette pour écarter l'hypothèse de cancer végétant du corps utérin.

Inversement, l'hyperplasie muqueuse de Lecène, dûment vérifiée par l'examen histologique, serait parfois compatible avec une image utérine absolument normale.

ANATOMO-PATHOLOGIE

L'adénomatose utérine consiste essentiellement en une hypertrophie glandulaire bénigne de la muqueuse utérine, accompagnée d'une réaction plus ou moins fibreuse du chorion.

1° MACROSCOPIQUEMENT.

On trouve à l'ouverture de l'utérus une muqueuse considérablement hypertrophiée, formant des bourrelets et des replis analogues à des franges synoviales, dont l'épaisseur peut atteindre par endroits deux à trois centimètres.

Cet aspect tomenteux de la muqueuse, connu depuis longtemps, était désigné sous les noms de métrite fongueuse, villeuse, proliférante ou polypeuse, mauvaises appellations pour une lésion dystrophique, où l'infection ne joue aucun rôle (Lecène).

La cavité utérine est uniformément bosselée dans l'adénomatose diffuse ; elle est plus déformée par les adénomes sessiles, siégeant le plus souvent au niveau du fond ou au voisinage des cornes ; les végétations polypeuses, plus ou moins exubérantes, peuvent la combler partiellement.

La muqueuse présente souvent des traces d'hémor-

ragies récentes, elle est alors abrasée par places. La confusion avec le cancer est possible.

Dans quelques cas d'adénomatose, l'aspect extérieur de la muqueuse est normal. Aussi l'examen histologique est-il indispensable.

2° MICROSCOPIQUEMENT.

L'adénomatose utérine est constituée par une prolifération et une dilatation kystique des glandes et des diverticules de la muqueuse, à l'exclusion de toute infiltration inflammatoire, ce qui condamne le terme de « métrite glandulaire ».

L'aspect spongieux de la coupe, les fines incisures des bords sinueux des tubes glandulaires, donnent une image aérée, de dentelle légère, de fromage de gruyère (Américains) tout à fait caractéristique.

Les glandes sont très nombreuses et surtout dilatées, mais parfaitement régulières.

Elles restent espacées, séparées les unes des autres par un stroma important, constituant le fond de la coupe, nettement œdémateux, gorgé de suc, ce qui facilite l'examen des éléments cytogènes et du réseau fibrillaire qui les unit. En général, les noyaux nets sont entourés d'une mince bande protoplasmique, peu distincte. Parfois on trouve de véritables cellules déciduales, avec leur protoplasme éosinophile, leur réseau chromatinien bien dessiné.

La paroi des glandes est tapissée d'une seule assise régulière de cellules épithéliales cylindriques, bien différenciées des cellules du stroma. La basale glan-

dulaire est partout intacte et nettement visible. Les cellules cylindriques sont claires et les cavités glandulaires sont remplies de mucus coloré par le mucicarmin.

Sur des coupes à la congélation, au moyen des colorants électifs des graisses, on met en évidence des granulations lipidiques très fines, dans le pied des cellules glandulaires.

Il n'existe aucune anomalie cellulaire ; les mitoses sont peu nombreuses et typiques ; il n'y a pas de monstruosité du noyau ni du protoplasme.

Des glandes sinueuses, repliées sur elles-mêmes, ou enclavées l'une dans l'autre, intéressées deux fois par la coupe, donnent des images d'intussusception, qui ne doivent pas être prises pour des bourgeons cancéreux.

« Les aspects histologiques permettent donc de comparer, terme par terme, l'hyperplasie muqueuse utérine et les phases évolutives normales de prémenstruation et de nidation.

« L'hyperplasie muqueuse reproduit tous les traits de ces états normaux mais, d'une part, elle les exagère et aboutit ainsi à la construction d'une couche démesurément épaisse, d'autre part, elle bouleverse le cycle normal ovaro-utérin, formant à contre-temps une muqueuse pré-menstruelle et sans gravidité, c'est-à-dire sans corps jaune de grossesse — une véritable caduque.

« Il y a là un phénomène comparable à celui des dysmasties du type Reclus, une rupture d'équilibre

et d'harmonie, entre les différents organes de l'appareil génital féminin ; l'hyperplasie muqueuse utérine mérite donc de rentrer dans le groupe des dystrophies. » (Moulonguet, *in* diagnostics anatomo-cliniques de Lecène).

DIAGNOSTIC

Lorsque l'examen somatique négatif a fait rejeter l'hypothèse de ménorragies d'origine médicale ou infectieuse, lorsque le toucher vaginal et l'examen au spéculum montrent un utérus normal ou peu augmenté de volume, on est tenté de porter le diagnostic de métrorragies fonctionnelles pré-ménopausiques, liées à l'adénomatose utérine.

Pour le vérifier, on aura recours à l'hystéro-salpingographie, après injection intra-utérine de lipiodol, qui donnera souvent des images caractéristiques et guidera le *curettage biopsique*. En effet, l'examen histologique seul permettra d'affirmer avec certitude l'*hyperplasie glandulaire bénigne* de la *muqueuse utérine*.

En pratique, le diagnostic de l'adénomatose utérine est celui des métrorragies :

1° On n'hésitera pas devant un épithélioma du col utérin, dont le diagnostic, déjà évident au toucher et au spéculum, se fait aisément à la lecture des coupes histologiques ;

2° Chez une femme ayant dépassé la cinquantaine, il ne faut pas méconnaître la fréquence du *cancer du corps de l'utérus* qui peut également se voir bien

avant la ménopause et dont les métrorragies sont souvent indolentes.

L'hystérogaphie montre une *image lacunaire irrégulière, déchiquetée* :

OBSERVATION 19. — 13 mai 1938. — *Cancer du corps.*

Mme C..., âgée de 56 ans, est envoyée par le Docteur Stéphant pour métrorragies post-ménopausiques continues, depuis janvier 1938.

Au toucher, l'utérus est rétroversé, à peine augmenté de volume.

Examen radiologique : Sous forte pression, le lipiodol distend l'utérus, sans injecter les trompes. (Cette obturation tubaire ne relève que de la déformation des cornes utérines par les polypes qui s'y insèrent ; elle n'est du reste que relative, puisqu'il est passé un peu de lipiodol dans les trompes).

En laissant évacuer, apparaissent des *déformations irrégulières multiples*, particulièrement vers le fond de l'organe.

Le diagnostic de *cancer du corps de l'utérus* est vérifié par un curettage biopsique.

Traitement : radium.

Mais, dans certains cas, nous l'avons vu, ces lacunes aux contours irréguliers sont dues à une hypertrophie considérable, mais bénigne, de la muqueuse utérine (Obs. XI). On peut alors se contenter d'une biopsie endométriale, faite au moyen de la sonde de Novak.

D'autre part, des polypes peuvent coexister avec un néoplasme végétant du fond utérin (Obs. XIV).

Il faudra donc pratiquer un curettage biopsique, facile grâce au repérage radiologique de la lésion.

Le microscope révélera les lésions cancéreuses, l'anarchie et l'atypie cellulaires, les monstruosité nucléaires, l'activité karyokinétique anormale, l'effondrement de la basale, l'envahissement du stroma et même du myomètre, par les tubes glandulaires aux assises multiples, tassés les uns contre les autres.

Il faudra éviter la confusion entre la coupe d'une glande hyperplasiée repliée sur elle-même et le bourgeon cancéreux.

3° Avec les *fibromes*, le diagnostic sera parfois délicat, non pas avec les fibromes interstitiels, ou les fibromes sous-péritonéaux, que l'on reconnaît grâce à leur consistance au toucher combiné au palper, mais avec les *fibromes sous-muqueux*, sessiles ou pédiculés, qui offrent, comme les adénomes, l'aspect radiologique de lacunes aux contours irréguliers, plus ou moins arrondis.

OBSERVATION 20. — 16 mars 1938. — *Fibromes*.

Mme A..., âgée de 36 ans, est envoyée par le Docteur Gaillard, pour stérilité.

Elle a eu une fille, il y a quatorze ans, décédée, et a été opérée de grossesse tubaire il y a trois ans.

Les règles sont douloureuses et asthéniantes.

Au toucher, on trouve un utérus très mobile dont le bord gauche porte deux ou trois noyaux fibromateux.

La *radiographie*, après injection intra-utérine de li-piodol, montre une déformation considérable du bord gauche de l'utérus, qui est rétracté. La corne utérine

gauche est à angle droit sur le corps et le col. De plus, oblitération à la corne de la trompe gauche.

Il s'agit donc de *fibromes* du fond et du bord gauche.

Un traitement médical est institué pour l'instant.

Si le toucher ne révèle pas les noyaux fibromateux, en l'absence de vérification histologique, c'est l'évolution qui signe le diagnostic de fibrome, l'adénomatose pré-ménopausique étant curable.

OBSERVATION 21. — *Fibromes sous-muqueux.*

Mme L..., 28 ans, vient consulter pour des métrorragies datant d'une dizaine d'années et combattues sans succès par les traitements les plus variés, parfois injustifiés.

Elle a subi, en effet, sans aucune amélioration, trois opérations, un curettage, une section du nerf pré-sacré et une laparotomie exploratrice. Bien qu'elle ne présentât aucun signe clinique de syphilis acquise ou héréditaire, et que la réaction de Bordet-Wassermann fut négative dans le sang à plusieurs reprises, elle avait été soumise à un traitement antispécifique prolongé et inefficace.

La roentgenthérapie ne donne aucun résultat. Mais la curiethérapie (20 millicuries détruites) avait entraîné une guérison temporaire de huit mois.

L'examen somatique était négatif.

Au toucher : rien d'anormal.

L'hystéro-salpingographie révèle :

1° De très importantes déformations du contour utérin, par de multiples petits *fibromes sous-muqueux*, la contraction de l'extrémité de la corne gauche, la visibilité de toute la trompe gauche qui diffuse immédiate-

ment, l'invisibilité de la trompe droite, cependant perméable, car le lipiodol se rassemble immédiatement en 3 ou 4 gouttes dans le péritoine.

2° La diffusion bilatérale un quart d'heure après s'est accrue très nettement.

CONCLUSION. — *Multiples petits fibromes sous-muqueux.*

Pas de salpingite.

Traitement proposé : Essai de temporisation avec électrolyse interstitielle intra-utérine.

En cas d'échec : hystérectomie, plutôt que radium.

L'examen histologique est décisif. Dans l'adénomatose, l'endomètre seul présente une hypertrophie glandulaire, tandis que le myomètre reste intact. Le fibrome intéresse le myomètre, envahi par une prolifération du tissu conjonctif.

4° Dans certaines métrorragies monosymptomatiques, l'hystéro-salpingographie révélera l'image pathognomonique d'une *salpingite kystique*. Le lipiodol a rempli les deux trompes et sur la radiographie de contrôle prise 48 heures après, on constate une stagnation des ombres tubaires sans diffusion intrapéritonéale du lipiodol.

OBSERVATION 22. — 9 juillet 1939.

Mme C..., âgée de 28 ans, vient consulter pour ménorragies et stérilité.

Rien à signaler dans les antécédents.

Mariée depuis trois ans, elle n'a pas d'enfant et n'a jamais fait de fausse couche.

Les règles, apparues à l'âge de 13 ans et survenant

régulièrement tous les 30 ou 31 jours, pendant 5 jours, sont très abondantes et douloureuses. Les douleurs commencent 8 jours avant l'écoulement du sang pour ne se calmer que 2 jours après la fin des règles. Il n'y a pas de pertes blanches.

Deux examens microscopiques successifs, le dixième et le treizième jour des règles, ont montré des glaires translucides, sans leucocytes, contenant, au second examen, des spermatozoïdes normaux. Pas d'anomalie au toucher, ni à l'examen au spéculum.

L'*hystéro-salpingographie* révèle une ombre utérine normale. L'injection des trompes est facile, mais les deux pavillons sont dilatés et ces ombres tubaires kystiques se retrouvent, inchangées, 24 heures après.

On fait le diagnostic d'*hydrosalpinx bilatéral*.

Le traitement logique, *salpingectomie bilatérale, avec greffe ovarienne « in utero »* ayant été refusé, on a fait des séances de *diathermie* et des *irradiations ultra-violettes* pour laisser à cette malade quelque espoir de maternité.

Ces *hydrosalpinx latents*, non perçus au toucher, sont souvent imputables à une *tuberculose génitale*, d'autant plus difficile à dépister qu'elle ne se manifeste par aucun signe infectieux. La jeune malade demeure apyrétique, l'état général semble peu touché, on parle de métrorragies essentielles. Mais un interrogatoire serré retrouve des antécédents bacillaires dans la famille ou l'existence d'une adénite ou d'une pleurésie ancienne, dont l'examen clinique pourra révéler les séquelles. Les trompes dilatées et imperméables à l'*hystéro-salpingographie* signifieront le diagnostic.

Souvent aussi, ces ombres permanentes de trompes dilatées relèvent d'une *salpingite chronique mécon nue*, dont les épisodes infectieux aigus ou subaigus ont passé plus ou moins inaperçus, ou sont niés par la malade.

Le toucher, dans ce cas, montrera souvent un col dévié du côté malade, un cul-de-sac légèrement empâté ou douloureux, et il y aura, outre les métrorragies, des pertes blanches ou verdâtres, plus ou moins abondantes ou fétides.

Le speculum montrera un col ulcéré, bavant des glaires opaques.

L'interrogatoire cherchera à mettre en évidence l'étiologie gonococcique, streptococcique (puerpérale), colibacillaire.

5° Chez une malade ayant dépassé la quarantaine, qui nie la possibilité d'une grossesse, l'hystérogaphie découvrira parfois la cause de métrorragies dans une *réten tion placentaire*, qui présente une image lacunaire anormale, très étendue, dans un utérus déformé et agrandi.

OBSERVATION 23. — Janvier 1938.

Mme X..., 42 ans, est envoyée par le Docteur Greslé pour métrorragies profuses depuis septembre 1937.

A l'examen clinique : gros utérus métritique.

Hystérogaphie. — Le lipiodol s'infiltre d'abord sous forme de croissant presque linéaire entre la paroi utérine et une masse lisse arrondie que la pression finit par refouler.

Interprétation : *Rétention placentaire.*

Traitement : Le curettage ramène un placenta du volume d'une mandarine et révèle de plus un utérus scléreux.

6° Enfin, l'hystérographie peut objectiver une *dévi-
ation utérine*, seule responsable des métrorragies.
C'est là un diagnostic d'élimination.

OBSERVATION 24. — *Latéro-version utérine.*

Mme D..., 31 ans, se plaint de métrorragies, alternant avec des phases d'aménorrhée, depuis un an ; de stérilité depuis 10 ans et d'un engraissement notable depuis 2 ans.

Rien de perceptible au toucher combiné au palper (parois épaisses).

Au spéculum : col normal.

La *radiographie*, après injection lipiodolée, montre un utérus rétro-latéro-versé, dont la cavité est normale ; les deux trompes se dirigent parallèlement vers la gauche. Six heures après, la diffusion péritonéale est parfaite.

CONCLUSION. — Utérus latéro-versé congestif.

Traitement proposé : Diathermie (12 à 20 séances).
En cas d'échec, intervention chirurgicale conservatrice.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'adénomatose utérine est en principe d'un très bon pronostic, puisqu'elle correspond à la lésion histologique appelée « hyperplasie glandulaire bénigne de la muqueuse utérine ». Mais, si elle ne reçoit pas le traitement approprié — exérèse du polype, curetage et radiothérapie de l'adénome sessile et traitement médical, physiothérapique, ou chirurgical conservateur, dans l'adénomatose diffuse — les troubles fonctionnels s'aggravent, l'abondance et la répartition des hémorragies peuvent mettre la malade dans un état de cachexie grave.

Avant de parler d'une guérison définitive à bref délai, il ne faut pas oublier que l'hyperplasie muqueuse est souvent associée à d'autres affections de l'appareil génital, d'une évolution beaucoup moins favorable, qu'un examen clinique et gynécologique complet devra toujours rechercher.

Plus important encore est le problème de la transformation maligne de l'hyperplasie muqueuse. La plupart des auteurs s'accordent à la regarder comme exceptionnelle.

« L'hyperplasie muqueuse, lésion non néoplasique, mais dystrophique, écrit Moulonguet, n'est pas souvent l'origine d'une cancérisation. Lésion parfaite-

ment définie au point de vue histologique, l'hyperplasie muqueuse montre très rarement des aspects d'évolution maligne. Nous n'en avons trouvé dans la collection de Lecène que deux ou trois exemples. » (Moulonguet).

Même rarissime, il faut faire état de ce risque, sinon dans le pronostic donné à l'entourage de la malade, du moins dans le choix du traitement de l'adénomatose utérine.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

L'adénomatose utérine s'observe surtout entre 35 et 50 ans (Obs. I, II, V, VI, VII, VIII, X, XI, XIII, XV, XVII). Mais on la rencontre chez des femmes plus jeunes (Obs. III, IV, IX, XII, XVIII), ou bien après la ménopause (Obs. XIV, XVI).

Elle est pure, comme dans les 12 premiers cas, ou associée à la salpingite (Obs. XIII, XVI, XVII, XVIII), au cancer du corps (Obs. XIV), au fibrome (Obs. XV).

Les progrès récents de l'endocrinologie, étayés par des examens histologiques sérieux, ont permis de préciser la pathogénie de l'adénomatose utérine. La plupart des auteurs sont actuellement d'accord pour attribuer l'hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine à un *déséquilibre endocrinien*, portant surtout sur les corrélations entre les fonctions de l'hypophyse, des glandes mammaires et des ovaires.

Lecène et Moulonguet ont insisté sur l'analogie qui existe entre l'aspect histologique de l'hyperplasie glandulaire et les variations physiologiques de la muqueuse utérine normale au moment de la phase pré-menstruelle et de la nidation.

Si ces coupes ont les mêmes caractéristiques générales ; si l'hyperplasie muqueuse de Lecène ne fait

qu'exagérer un processus normal, c'est que les modifications histologiques observées dépendent d'une même cause hormonale.

« La pathogénie ovarienne de l'hyperplasie muqueuse, écrit Moulonguet, est basée sur les analogies évidentes qui existent entre les phases du cycle utérin normal et cette muqueuse hyperplasiée et déciduiforme. Puisqu'il n'est plus possible de mettre en doute le rôle moteur du cycle ovarien sur le cycle de la muqueuse utérine, il est tentant de chercher la cause des réactions anormales de cette muqueuse dans une anomalie de la sécrétion ovarienne : *la dysovarie entraînerait la dysmétrie.* »

Dans l'hyperplasie utérine isolée, Moulonguet a trouvé fréquemment, au niveau des ovaires, d'importants amas lipidiques et des kystes folliculaires.

Lecène fait remarquer que l'hyperplasie muqueuse s'observe surtout entre 20 et 50 ans, « âge critique » des troubles de fonctionnement de l'ovaire, mais signale aussi des hyperplasies glandulaires importantes « constituées après la ménopause, en l'absence de glandes ovariennes, comme réaction secondaire à des tumeurs ou à des kystes pelviens ».

Béclère est partisan de la théorie ovarienne : « L'hyperplasie bénigne de la muqueuse n'est que l'exagération et la persistance anormale de l'état de pré-nidation. C'est une muqueuse pré-menstruelle anormalement développée et qui persiste beaucoup plus longtemps qu'elle ne le devrait.

« L'existence d'hémorragies fonctionnelles liées à

un trouble hormonal de l'ovaire, accompagné d'un développement anormal de la muqueuse utérine, est désormais bien prouvée. »

Zondeck, par des dosages de la folliculine dans le sang et dans les urines, a montré que dans un grand nombre de métrorragies pré-ménopausiques, il existe une quantité anormale d'hormone folliculaire. Il propose le terme de « métrorragies poly-hormonales ».

Dans 97 % des cas, pour Moricard, il s'agit d'endométrite hyperplasique glandulaire, rappelant l'aspect de la muqueuse dans la première moitié du cycle menstruel et liée à l'*hyperfolliculinémie*.

Dans 3 % des cas, il s'agirait d'une métaplasie déciduale, effectuée à la faveur d'une prolifération vasculaire analogue à celle de la deuxième quinzaine du cycle menstruel : l'endométrite déциduiforme, conséquence de l'*hyperlutéinémie*.

Mais l'équilibre entre les sécrétions de la folliculine et de la lutéine étant régi par l'hypophyse, il est logique, dans la pathogénie de l'adénomatose utérine, de tenir compte du rôle joué par les hormones gonadotropes A et B.

Ainsi, un excès de gonado-stimuline A produit par le lobe antérieur de l'hypophyse dans la première phase du cycle menstruel, excitant la sécrétion folliculinique, peut-il théoriquement créer un syndrome d'*hyperfolliculinie*, en particulier l'hyperplasie glandulaire.

Au quinzième jour du cycle, l'anté-hypophyse déclenche une seconde hormone, la gonado-stimuline B,

qui dans la cicatrice du follicule éclaté excite la production du corps jaune qui sécrète la lutéine.

Ainsi, cette seconde phase est bisécrétoire et les troubles observés au niveau de l'endomètre peuvent relever, soit d'une insuffisance de gonado-stimuline B, soit d'une insuffisance lutéinique.

La corrélation entre la formation du corps jaune et les poussées congestives au niveau des glandes mammaires explique l'utilisation d'extrait de corps jaune et d'extrait mammaire pour combattre ces troubles d'hyperfolliculinie.

On trouve, en général, dans l'hyperplasie muqueuse utérine, l'*hyperfolliculinie* associée à une *hypolutéinie*, plus ou moins marquée, souvent secondaire à un *trouble de fonctionnement pituitaire*, comportant un excès de gonado-stimuline A et un défaut de gonado-stimuline B. Il s'agit donc d'une *dysharmonie hypophyso-ovarienne*.

TRAITEMENT

Le traitement de l'adénomatose utérine fera appel, selon les cas — adénomes sessiles, polypes muqueux ou hyperplasie glandulaire diffuse — à la chirurgie, à la physiothérapie, ou au traitement médical, ces différentes méthodes étant employées isolément, successivement ou simultanément.

A) Le TRAITEMENT MÉDICAL, s'inspirant des données pathogéniques, met à contribution l'opothérapie et surtout l'hormonothérapie.

Si le déséquilibre hormonal se traduit par un excès de folliculine, cas le plus fréquent, on pourra administrer de la poudre de *corps jaune*, de l'*extrait placentaire* ou de l'*extrait mammaire*.

On commencera une série d'injections de *lutéine* (sous forme de progestérone, par exemple), une quinzaine de jours avant la date présumée des règles (si toutefois le rythme menstruel n'est pas trop perturbé pour situer cette date).

L'extrait hypophysaire total et même l'extrait du lobe antérieur de l'hypophyse, contenant les deux prolans, à un taux variable selon les préparations, est une arme à double tranchant.

L'hormone gonadotrope B reste pratiquement sans action.

On a essayé avec plus de succès une médication antagoniste, qui freine l'activité de l'hypophyse pendant la première moitié du cycle menstruel : le *propionate de testostérone*.

Dans les cas exceptionnels d'hyperluténisme, on donnera de la folliculine ou on freinera l'hypophyse durant la seconde quinzaine du cycle.

Chez les femmes encore jeunes, atteintes d'adénomatose diffuse, le traitement syncrine hypophyso-mammaire, les extraits lutéiniques, le testotérone, ont pu amener des guérisons, plus ou moins prolongées, ou au moins des améliorations sensibles.

Mais cette thérapeutique endocrinienne est d'un maniement extrêmement délicat. Elle devrait tenir compte — ce qui n'est pas toujours possible chez des femmes présentant des métrorragies irrégulières ou continues — des différentes phases du cycle menstruel.

D'autre part, nous ne pouvons prétendre régler à notre gré les interréactions si complexes des hormones ovariennes entre elles ; nous savons qu'il existe à la fois une synergie et un antagonisme entre la folliculine et la lutéine, entre les deux gonado-stimulines, entre les hormones ovariennes et hypophysaires.

Le traitement médical symptomatique, *anti-hémorragique* et les différents constricteurs utérins, restent toujours indiqués dans le cas de métrorragies abondantes, en attendant de pouvoir appliquer une thérapeutique étiologique.

B) La **PHYSIOTHÉRAPIE** a pour but de diminuer ou de supprimer l'activité ovarienne, soit directement en agissant sur l'ovaire, soit indirectement, par l'intermédiaire de l'hypophyse ou des glandes mammaires.

a) La *diathermie hypophyso-mammaire* est une méthode anodine, souvent très efficace.

Chez les jeunes femmes, la diathermie endocrinienne offre toutes les possibilités, avec un succès plus durable que l'opothérapie, mais souvent temporaire. On peut dire que les 9/10 des métrorragies fonctionnelles sont arrêtées par deux ou trois séances de diathermie hypophysaire et mammaire : la première étant effectuée à faible dose (50 milliampères pendant 20 minutes) pour régulariser la sécrétion pituitaire et équilibrer la production des deux hormones gonadotropes. Sur les seins, au contraire, les doses seront suffisantes pour obtenir une excitation qui est frénatrice de l'activité ovarienne ; on atteint 300 milliampères pendant 20 minutes. — Ce sont là des chiffres moyens, qui varient suivant les sensibilités individuelles, décelées par l'endocrino-diagramme de Ferrier. Celui-ci permettra de poser, outre les indications hypophyso-mammaires fréquentes, les indications éventuelles de diathermie thyroïdienne, surrénale ou ovarienne.

b) La *radiothérapie* est le traitement de choix des métrorragies pré-ménopausiques, comme l'a montré Shrøeder. La røntgenthérapie réalise une ménopause artificielle définitive en supprimant le fonctionnement hormonal de l'ovaire devenu anormal.

La *dose de castration*, massive ou étalée en huit ou dix séances, reste sensiblement la même, et le temps nécessaire pour obtenir la ménopause complète est toujours d'environ deux mois, aussi Béclère conseille-t-il de diviser la dose totale en huit séances, à raison d'une séance par semaine. Ce traitement ambulatoire, indolent, très bien supporté par la malade, permet de la surveiller jusqu'à disparition des hémorragies.

Chez une femme plus jeune, au lieu de la dose castrante, on appliquera seulement une *demi-dose*, frénatrice de l'activité ovarienne, ou bien, on réalisera une *hémi-castration* radiothérapique.

On évitera, bien entendu, d'employer les rayons X chez une femme suspecte d'infection utérine ou annexielle, de peur d'une poussée aiguë de salpingite ou de pelvi-péritonite.

La plupart des auteurs sont d'accord pour préférer la radiothérapie au *radium*, qui peut entraîner des accidents inflammatoires pelviens (Obs. XVII).

La radiothérapie est parfois utile pour arrêter des hémorragies profuses qui rendent impossible l'hystéroggraphie. Elle est encore indiquée dans le cas d'adénomes sessiles très adhérents, que la curette ne réussit pas à extirper complètement.

C) La CHIRURGIE réalise à la fois, grâce au *curettage*, le diagnostic histologique exact et le traitement de l'adénomatose utérine.

Le curettage biopsique, dont on peut s'abstenir si l'hystéroggraphie montre une image dentelée caractéristique d'hyperplasie muqueuse, est indispensable

lorsque l'hypertrophie bénigne de l'endomètre est si importante qu'elle détermine une véritable image lacunaire.

Le plus souvent, les hémorragies, taries après le curettage, récidivent au bout de quelques mois, et l'on est obligé de compléter le traitement par la radiothérapie.

Le curettage permet encore l'ablation d'un polype du fond utérin. Pour les polypes intra-cervicaux, l'exérèse nécessite l'incision préalable du col par voie vaginale.

L'*hystérectomie*, naguère fréquemment pratiquée sans discernement, doit être rigoureusement condamnée dans le traitement des métrorragies fonctionnelles pré-ménopausiques relevant de l'adénomatose utérine diffuse.

Cette intervention sera réservée aux cas graves, compliqués de cancer du corps, de salpingite, de fibrome, lorsque celui-ci n'est pas justiciable de la radiothérapie.

Si des lésions du col ou une métrite compliquent l'hyperphasie glandulaire, elles seront traitées par la diathermo-coagulation, ou par l'électrolyse intra-utérine.

Ainsi le curettage, complété au besoin par la radiothérapie, sera de mise dans l'adénome sessile. On pratiquera l'ablation d'un polype muqueux à l'aide du bistouri ou de la curette.

A l'adénomatose utérine diffuse, au début, surtout chez une femme jeune, on opposera d'abord un traitement hormonal.

Devant l'échec de la thérapeutique médicale, on s'adressera à la diathermie hypophyso-mammaire, qui permettra de gagner du temps. Puis on aura recours au curettage, et enfin, à la radiothérapie frénatrice, en utilisant une demi-dose de castration.

Au voisinage de la ménopause, on mettra immédiatement en œuvre la radiothérapie castrante (précédée au besoin d'un curettage biopsique).

CONCLUSIONS

I. — La diffusion récente de l'hystéro-salpingographie a permis l'étude approfondie de l'*adénomatose utérine*, confondue autrefois avec les « métrites hémorragiques » ou l'« utérus fibromateux » et que les travaux de Béchère et de Lecène ont bien individualisée au point de vue clinique, radiologique et histologique. Il s'agit d'une hyperplasie glandulaire bénigne de la muqueuse utérine : généralisée, c'est l'*adénomatose diffuse* ; localisée, c'est l'*adénome sessile* ou le *polype muqueux*, pédiculé.

II. — La symptomatologie clinique de l'adénomatose utérine, dont nous réunissons 18 observations, se borne souvent à des *métrorragies mono-symptomatiques*, plus ou moins irrégulières, alternant ou non avec des périodes d'aménorrhée. Parfois les hémorragies sont continues et très abondantes, ou même douloureuses.

Le toucher combiné au palper, l'examen au spéculum ne montrent le plus souvent aucune anomalie.

III. — La *radiographie après injection intra-utérine de lipiodol*, devenue d'une pratique aisée, est absolument inoffensive, si l'on s'abstient, en cas d'hémorra-

gies graves, d'infection génitale ou de grossesse présumée. Elle donne dans l'adénomatose diffuse soit une *image utérine normale* un peu agrandie, qui révèle l'absence de lésion intra-utérine et fait penser à des métrorragies fonctionnelles, soit l'image pathognomonique de l'hyperplasie muqueuse, caractérisée par la *fine dentelure du contour utérin*, soit plus rarement une *image lacunaire* aux bords plus ou moins irréguliers.

L'adénome sessile se traduit par une lacune régulière, aux bords polycycliques, et le polype par une tache claire centrale.

IV. — Histologiquement, l'adénomatose utérine est une hypertrophie de l'endomètre. Cette *hyperplasie bénigne de la muqueuse* porte essentiellement sur les *glandes* dilatées innombrables, trouant un stroma œdémateux et donnant à la coupe l'aspect du fromage de gruyère. Il n'existe aucune atypie cellulaire, aucune monstruosité nucléaire, la basale est partout respectée.

V. — Dans les cas typiques, l'*hystéro-salpingographie* suffit, grâce au contexte clinique, à poser le diagnostic d'adénomatose utérine. En présence d'une image lacunaire, on pratiquera un *curettage biopsique*, pour éliminer les métrorragies relevant d'un cancer du corps utérin, de fibromes sous-muqueux, de polypes fibreux, de rétention placentaire.

VI. — Dans l'état actuel de nos connaissances, l'hy-

perplasie muqueuse de Lecène semble relever d'un déséquilibre endocrinien. Il s'agit, en général, d'un *syndrome hyperfolliculinique* par hyperfonctionnement ovarien, souvent conditionné par un trouble de la régulation des deux gonado-stimulines, sécrétées par le lobe antérieur de l'hypophyse.

VII. — Le traitement assurera la guérison de l'adénomatose utérine, dont le pronostic est excellent, le risque de dégénérescence néoplasique étant infime.

Chez une *femme jeune*, on essaiera d'abord une thérapeutique médicale : extraits hypophysaires, extraits mammaires, et surtout *corps jaune*, ou même testostérone. Puis on pourra recourir à la *diathermie hypophyso-mammaire*, souvent efficace, ou au *curettage*, avant de se décider à employer la *radiothérapie frénatrice*, à raison d'une demi-dose de castration.

Après la quarantaine, la *ménopause artificielle radiothérapique* est le traitement de choix de l'adénomatose diffuse.

On pratiquera l'*exérèse chirurgicale* d'un *polype*, au bistouri ou à la curette, selon le siège, et l'*adénome sessile* sera justiciable du *curettage* ou de la *radiothérapie*.

Ainsi évitera-t-on à la malade une hystérectomie, à moins de lésions associées.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
Pierre DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AKNIN (Roger). — Diagnostic des métrorragies par l'hystéro-salpingographie. Etude de 131 cas. (*Thèse Paris*, 1937).
- AMELINE (H.). — Ce que l'on peut attendre de l'exploration lipiodolée de l'appareil utéro-annexiel. (*La Médecine*, 1927).
- BACKER (DE). — Radiographies après lipiodol intra-utérin. (*Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1937).
- BARKE (Sigmund N.) (Bergen). — Hystéro-salpingographie. (*Acta obstetricia et gynecologica Scandinanaca*, vol. VI, fasc. 2, 1927).
- BAYARDELLE. — L'hystéroggraphie dans le diagnostic des métrorragies. (*Thèse Paris*, 1936, Libr. Arnette).
- BÉCLÈRE (Claude). — Technique des injections intra-utérines de lipiodol. (*Bulletin Soc. Obst. et Gynec.*, XVI, 1927).
- Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses ? (*Presse Méd.*, 23 juin 1928, n° 50).
 - Explorations radiologiques en gynécologie technique. Résultats. (1 volume, Masson, 1928).
 - Intérêt de l'hystéroggraphie. (*Monde méd.*, 1^{er} nov. 1930).
 - Les véritables hémorragies de la ménopause. (*VIII^e Congrès de l'Ass. des Gynécologues et Obstétriciens de Langue franç.*, Paris, 1933, p. 545).
 - Métrorragies fonctionnelles, d'origine ovarienne et ménopausique. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 9, nov. 1933).

- Instrumentation modifiée pour hystéro-salpingographies. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, avril 1933).
 - L'hystéroggraphie dans le diagnostic des lésions utérines et des métrorragies fonctionnelles. (*B. S. O. G.*, décembre 1933).
 - Pathogénie et traitement des hémorragies dites de la ménopause. (*Presse Méd.*, n° 76, 22 sept. 1934, p. 1485).
 - Les métrorragies mono-symptomatiques chez les femmes jeunes. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 10, déc. 1934, p. 688).
 - Les hémorragies utérines avant et après la ménopause. (Un vol., Masson, 1936).
 - Les hémorragies utérines pour trouble ovarien pré-ménopausique et leur traitement. (*Monde Méd.*, 1^{er} nov. 1938).
- BERNARDBEIG et LECLERC. — Exploration radiologique de l'utérus et des annexes. (*Monde Méd.*, 1^{er} déc. 1935).
- BINET (A.) et COUEL. — Quelques clichés d'hystéro-salpingographie. (*Soc. Franç. de Gynéc.*, mai 1938).
- BOTIN (Francisco). — Diagnostic radiologique en gynécologie. (*Med. Heria*, 1929, II, 301).
- BRÉTÉCHÉ. — L'adoénome utérin. (*Gaz. Méd. de Nantes*, avril 1939).
- BURCH (L. E.) et BURCH (J. C.). — Endométrial Hyperplasia. (*Am. Journ. of Obst. et Gynec.*, t. XXV, juin 1933, n° 6, p. 826).
- CALLENS et FOURNIER. — L'hystéroggraphie dans le diagnostic gynécologique. (*J. des Sciences Méd. de Lille*, 21 juill. et 25 août 1935).
- CARAVEN. — L'entrée du lipiodol dans les veines utérines. (*Revue de Chirurgie*, 1933-1943).

- CARBONNEL (Byron). — Contribution à l'étude des renseignements fournis par l'hystéro-salpingographie. (*Thèse de Paris*, 1935).
- CASTRONOVO. — La valeur pratique de l'hystéro-salpingographie. (*Radio Médicale*, XV, 1929).
- CLAMSON (Sam). — Technique de stéréo-hystérogographie. (*Acta obst. et gyn. Scandinavia*, 15, 87, 164, 1935-1936).
- COLOMBEIX. — Diagnostic et traitement des polypes intra-utérins. (*Thèse Paris*, 1937).
- COTTE (G.). — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection intra-utérine de lipiodol. (*J. de Radiologie*, t. XI, I, 1927 ; *J. de Radiologie*, XIII, 6, 1929 ; *Progrès Médical*, n° 44, 1928 ; *Bull. Méd. Soc. Chir. de Paris*, n° 24, 1928).
- Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Masson, 1928).
 - Le radio-diagnostic en gynécologie. (*Rapport au Congrès de Bordeaux* ; en *Gyn. et Obst.*, septembre-octobre 1931).
- COTTE et BERTRAND. — L'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol. (*Gyn. et Obst.*, avril 1926, XIV, 2).
- COURTY, CORDONNIER, LEDIEU. — Radio-diagnostic en gynécologie. (*Revue française de Gyn. et Obst.*, février 1933).
- DALSACE (Jean). — Radio-diagnostic en gynécologie. (*Congrès de Bordeaux*, discussion en *Gyn. et Obst.*, oct. 1931, p. 537).
- A propos de l'hystéro-salpingographie. (*Bull. Mém. Soc. Méd. de Paris*, oct. 1939).
 - Diagnostic des métrorragies par l'hystérogographie. (*La Médecine*, juin 1938).
- DANO (R.) et LEROUX. — Radiographie de l'utérus et des trompes. (*Gazette Médicale de Nantes*, 1927, n° 30).

- DARTIGUES et DIMIER. — Du diagnostic des affections utérines par la radiographie péri et endo-utérine. (*Paris Chirurgical*, juin-sept. 1916).
- DOR. — Radio-diagnostic par le lipiodol dans le cas de polype. (*B.M.S.C.M.*, avril 1933).
- DOUAY (E.). — Gynécologie. (1 vol., Doin).
- Radio-diagnostic en gyn. (*Discussion au Congrès de Bordeaux*; in *Gyn. et Obst.*, oct. 1931, p. 542).
 - A propos de la discussion sur les dangers de l'hystéro-salpingographie. (*B.S.O.G.*, juillet 1936).
- DUVAL (P.). — Les dangers de l'hystéroggraphie par injection intra-utérine. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, T. LIV, n° 24, 5 mai 1928).
- ESSLER. — Hystero salpingographie. (*Wiener Klin. Wochenschr.*, XI, 1927, et *Fortsch. A. D. gib. et Rontgenst.*, XXXV, 1927).
- FEINER. — Roentgenography of the uterus and Fallopian tubes. (*Med. J. Record*, CXXXI, 1929).
- FORGUE et MASSABUAU. — Les métrorragies de la ménopause, métrorragies d'origine ovarienne. (*Presse Médicale*, 28 sept. 1912, n° 79, p. 793).
- FORTI (E.). — Les recherches gynécologiques avec l'hystéro-salp. (*Revue italiana di Gynaologia*, mai 1933).
- FRANCILLON-LOBRÉ (Mme) et DALSACE (Jean). — L'hystéro-salpingographie. (*Revue Médecine*, novembre 1932).
- Diagnostic des métrorragies par l'hystéroggraphie. (*Communication au II^e Congrès de Gyn., Saïies-de-Béarn*; in *Rev. Franc. de Gyn. et Obst.*, août 1935; in *Bull. Soc. Méd. des Praticiens*, nov. 1935).
 - Diagnostic de lésions utérines par l'hystéroggraphie. (*Le Documentaire médical*, décembre 1936).

- GASNE (L.). — Les états pré-cancéreux de la muqueuse du corps utérin. (*Thèse de Paris*, aux Ed. Viga, 1932).
- GIACCHE (Nicolas) (Bologne). — L'hystéroggraphie. Son rôle dans le diagnostic en gynécologie. (*Gynécologie et Obst.*, 1935).
- GORTAN (M.). — La technica dell' istero salpingographia et sua importanza per la diagnostica e per la terapia operativa. (*Riva ital. di Gynec.*, 1928).
- GRÉGOIRE et BÉCLÈRE. — Cent observations de diagnostic gynécologique par injection de lipiodol. (*Bull. Soc. Chir. de Paris*, n° 10, 1928).
- GRÉGOIRE, BÉCLÈRE et DARBOIS. — De l'utilité de l'examen radiologique dans le diagnostic des infections utéro-annexielles. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1925, 4-30).
- Du radio-diagnostic en gynécologie. Indications, technique, résultats. (*Journal de rad. et d'élect.*, XI, 1927 ; *Bull. Mém. Soc. Radio. méd.*, n° 124, 1926).
- GUTHMANN et STAHLER. — L'aspect radiol. de la structure fine de la cavité utérine. (*Zentr. f. Gynak.*, 7 janv. 1933.)
- GUYOT (J.). — Méthodes actuelles d'exploration et de diagnostic en gynécologie. (*Revue française de Gyn. et Obst.*, déc. 1928).
- HAMANT et THOMAS. — Une méthode nouvelle d'exploration utérine : l'hystéro-mucographie. (*Revue médic. Est*, 15 déc. 1934 et 15 janv. 1935).
- HARRISS (A. T.). — Diagnostic de la pathologie utérine et tub. par le lipiodol. (*Radiology, St-Paul*, février 1933).
- HEIDLER. — Radiol. Ds. Dg. Gyn. et Obst. (*Werner Klin. Woch.*, 6 juillet 1936)
- HEUSER (Carlos). — La radiographie de l'utérus, des

trompes et des ovaires, avec ou sans injection de lipiodol pour le diagnostic précoce de la grossesse, de la stérilité, de la perméabilité des trompes. (*Bull. Soc. Rad. Méd. France*, T. XIII, n° 113, mai 1935).

— Le lipiodol dans le diagnostic de la grossesse. (Londres, juillet 1925).

— La radiologie en gynécologie et obstétrique. (1 vol., Buenos-Aires, 1926).

— La metrorragia ds. de el peinto de vista radiologico. (*Semana medica*, 2, 622-639, Aug. 31, 1933).

JEANNENEY. — Hémorragies utérines de la pré-ménopause. (*Revue franç. Gyn. et Obst.*, novembre 1936).

KING (J. E.). — Endometrial Hyperplasia and its relation to Endocrine Dysfunction (*Am. Journ. Obst. and Gynec.*, T. XXVI, oct. 1933, n° 4, p. 582).

KLOCZNYK (Paul). — Etude manométrique vraie en hystéro-salpingographie. (*Thèse de Paris*, 1937).

LAPEYRE. — L'hystérogaphie, ce qu'on risque, ce qu'on doit en attendre. (*Orientation médicale*, nov. 1935).

— Kystes et polypes fibreux. (*Montpellier Médical*, mars 1936).

LASH. — Kystes pelviens à lipiodol. (*Surg. Gynec. et Obst.*, LI, 1930).

LECÈNE (P.). — Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène. Appareil génital de la femme. (22^e partie, p. 32, par Moulonguet, chez Masson et C^{ie}).

LECÈNE (P.), BÉCLÈRE (Cl.) et Mme TEDESCO. — Un cas de réaction salpingienne, à la suite d'une injection intra-utérine de lipiodol. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 12, février 1929).

- LEDOUX-LEBAR, Garcia CALDERON et Jean DALSACE. — Etude radiologique de la muqueuse utérine. (*Bull. M. Soc. Méd. Paris*, 24 juin 1933).
- MACIAS DE TORRES. — Un cas de réaction péritonéale après lipiodol. (*Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, T. 18).
- MARTIN et SURMONT. — Lipiodolo-diagnostic à la consultation gyn. de Beaujon. (*Journ. Méd. Paris*, 8 sept. 1932).
- MAS-MONTEL (F.). — Exploration radiologique des organes génitaux de la femme au lipiodol. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. de Paris*, 1926).
- MEDZADOURIAN. — Dangers de l'hystérogaphie. (*Thèse de Paris*, 1936).
- MICHON. — Radiographie utérine après lipiodol. (*Soc. Nat. Chir.*, 26 mai 1928).
- MOCQUOT (P.). — Examen radiologique de la cavité utérine. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, n° 25. 1925).
- Au sujet de l'examen radiol. de l'utérus. (*B. M. Chir. Paris*, n° 11, 1928, et *Revue Chir.*, oct. 1925).
- Radiographie de l'utérus et des trompes. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, T. LII, n° 31, 1925, et n° 14, 1^{er} mai 1926).
- MOCQUOT et BUREAU. — Examen radiologique de l'utérus et des trompes par l'injection d'huile iodée. (*Presse Méd.*, n° 100, décembre 1927).
- MOCQUOT et PALMER. — Diagnostic et traitement des polypes utérins. (*Paris Médical*, 19 décembre 1936).
- MOCQUOT, PALMER, LEJEUNE et RIALI. — Hystérogaphie sans passage tubaire. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, juillet 1936).
- MORHARDT. — Inconvénients et contre-indications de l'hystéro-salping. (*Gyn. et Obst.*, n° 1, 1933).
- Diagnostic anatomo-clinique de P. Lecène. Appareil génital de la femme. (II. Masson, 1932).

- MOULONGUET (P.) et GASNE (L.). — De la conduite à tenir dans les métrorragies de la ménopause, en dehors du fibrome utérin. (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, n° 5, mai 1933, p. 387).
- NOJIMA KATAHIRA et SUGA. — L'hystéro-salpingographie. (*Japanèse J. of Obst. and Gyn.*, juin 1933).
- NOVAK (E.). — The treatment of fonctional uterine hemorrhagie. (*Journal of Amer. med. Ass.*, T. LXXXVII, 1926, p. 15).
- NOVAK (E.) et MARTZLOFF. — Hyperplasia of the endometrium. A clinical and physiological study. (*Transact of Am. Gynec. soc.*, T. XIIX, 1924, p. 17).
- OTTOW. — Perforations cervicales au cours de l'hystéro-salp. (*Zentr. F. brynk.*, 16 mai 1936).
- OUMANSKI (E.). — L'examen radiologique de l'utérus et des trompes. (*Thèse Paris*, 1926).
- 140 examens radiol. après lipiodol. (*Sem. Hôpitaux*, 15 juin 1936).
- PETIT-DUTAILLIS (P.). — Note sur l'utilité plus ou moins justifiée de l'injection utéro-tubaire de lipiodol pour le diagnostic gynécologique. (*J. des Praticiens*, 16 mars et 28 sept. 1935).
- Dangers et moyens de les éviter. (*J. Prat.*, 5 octobre 1929).
- Sur l'hystéroggraphie. V. fasc. III. (In *Etudes de gynécologie clinique et opératoire*, en collaboration avec A. DOLÉRIS et ROULLAND. Vigot, édit.).
- PROUST et BÉCLÈRE. — De l'intérêt de l'examen radiologique au lipiodol dans le diagnostic des métrorragies. (*Gyn. et Obst.*, novembre 1927).
- Discussion à propos des dangers du lipiodol. (*B. M. Soc. Chir. Paris*, n° 16, 1928).
- PROUST, PARAT et PALMER. — Un cas de pachy-salpingite fraise par rétention prolongée de lipiodol dans la trompe. (*Soc. Obst. Gyn.*, 4 mai 1936).

- PUJOL, Y. BRULL, VANVEL et CARULLA RURA. — Injection accidentelle du système veineux utéro-ovarien au cours de l'hystérogaphie sur le vivant. (*J. de Radiol. et d'Elect.*, XIII, 1929).
- QUÉNU (Jean) et BÉCLÈRE. — Diagnostic des métrorragies à l'âge de la ménopause. (*B.S.O.G.*, nov. 1933).
- REEB (M.) — Quelques clichés après hystérogaphie au lipiodol et remarques à propos de ce mode de diagnostic. (*Soc. Gyn. et Obst. de Strasbourg*, 5 nov. 1938).
- RUBENFELD (S.) et MAGGIO (R. J.) — Benign Uterine Hemorrhage treated With radiation therapy. With a review of 147 cases. (*Amer. Journ. Obst. and Gynec.*, T. XXVI, n° 2, août 1933, p. 237).
- SAINT-PORTRET. — Recherches radiologiques sur la visibilité des organes génitaux de la femme. (*Bull. off. de la Société franç. d'Electrothérapie et de Radiologie*, juin 1924).
- SAVELIEVA et MALINOSVSKAÏA. — Valeur clinique et diagnostique de l'hystéro-salpingographie. (*La Gynécologie*, mai 1935).
- SCHICKELE et KELLER. — L'hyperplasie glandulaire de la muqueuse utérine et ses rapports avec les hémorragies. (*Arch. J. Gynéc.*, 1911, T. XCV, p. 586).
- SCHRÖDER. — Der anatomische und Klinische Begriff der Metropathia hæmorrhagica. (*Zentr. bl. f. Gynecol.*, 1920, n° 28, p. 49).
- SICARD (J.-A.) et FORESTIER. — Diagnostic et Thérapeutique par le lipiodol. (1 vol. Masson, 1928).
- SICARD (d'Oran) et SOLAL. — Accidents consécutifs à une injection intra-utérine de lipiodol. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, T. IV, 1928).
- SIREDEY. — Les hémorragies de la ménopause. (*Journ.*

- Méd. et Chir. prat.*, n° 107, 10 nov. 1930, pp. 781-797, et *Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, n° 9, novembre 1933, p. 754).
- SOIMARU. — Contribution au diagnostic radiol. des affections utéro-annexielles. (*La Gynécologie*, mai 1930).
- SOLAL (René). — Les injections accidentelles au cours de l'hystéroggraphie. (*Communication au Congrès d'Alger*, in *Gyn. et Obst.*, juin 1935).
- TESAURO. — A propos d'erreurs de diagnostic du lipiodol. (*La Gynécologie*, octobre 1928).
- THIEL. — Dangers de l'hystéroggraphie. (*Deutsch. Med. Woch.*, 18 décembre 1936).
- TURPAULT. — Radio-diagnostic en gynécologie. (*J. Méd. de Paris*, 22 décembre 1932).
- VAN DER ELST. — Contractilité anormale de certains utérus à la suite de l'injection de lipiodol. (*Arch. franco-belges de Chirurg.*, 1927).
- VAN DER ELST et GAUTOT. — Les lipiodols utérins, leur utilité en gynécologie. (*Gyn. et Obst.*, T. XVIII, n° 5, novembre 1928).
- VANNIER (Pierre). — Clinique et Hystéroggraphie. (*Thèse de Paris*, 1937).
- VILLAR. — Lipiodol intra-utérin. (*Revue fr. Gynéc. obts.*, 1930, T. 25, n° 2).
- VOLK. — Technique et dangers de l'hystéroggraphie. (*Ztschr. Ueburts*, CXIII, 339, 372, 1936).
- WONG et CHIEN. — Passage veineux du lipiodol. (*Chinèse me. Journal*, février 1932).
- ZONDEK (B.). — Die hormone des Ovariens und des Hypophysenvorderlappens. (1 vol., 1931, p. 243).
- ZOWODZINSKI (T.) (Varsovie). — Valeur clinique de l'hystéro-salpingographie. (*Société franç. de Gynécologie*, mai 1938).

